

Année 1956

N° _____

1127

T H E S E
pour
LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

FESTAL François

né le 1er Février 1929 à BERGERAC - (Dordogne)

Présentée et soutenue publiquement le :

UTILISATION DE L'HYDROCORTISONE
DANS LES GINGIVITES HYPERTROPHIQUES.

Président de thèse : Monsieur le Professeur FASQUELLE

Editions A.G.E.M.P.

Nom du candidat : FESTAL

Prénoms : François

Date de Soutenance :

N°

1

FESTAL François
Utilisation de l'hydro-
cortisone dans les
gingivites hypertrophiques
Thèse Med. Paris 1956
N°
Dact in 4° - 18 pages
Editions A.G.E.M.P. 1956

2

FESTAL François
Utilisation de l'hydro-
cortisone dans les
gingivites hypertrophiques
Thèse Med. Paris 1956
N°
Dact in 4° - 18 pages
Editions A.G.E.M.P. 1956

3

FESTAL François
Utilisation de l'hydro-
cortisone dans les
gingivites hypertrophiques
Thèse Méd. Paris 1956
N°
Dact in 4° - 18 pages
Editions A.G.E.M.P. 1956

4

FESTAL François
Utilisation de l'hydro-
cortisone dans les
gingivites hypertrophiques
Thèse Méd. Paris 1956
N°
Dact. in 4° - 18 pages
Editions A.G.E.M.P. 1956



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552424_0007

Année 1956

N°

T H E S E
pour
LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

FESTAL François
né le 1er Février 1929 à BERGERAC - (Dordogne)

Présentée et soutenue publiquement le :

UTILISATION DE L'HYDROCORTISONE
DANS LES GINGIVITES HYPERTROPHIQUES.

Président de thèse : Monsieur le Professeur FASQUELLE

DOYEN HONORATAIRE : M. BAUDCIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDCIN, BENARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MCCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET (membre de l'Institut).

ASSEESSEUR Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)	
Anatomie Pathologique	DELARUE (A.)	
Bactériologie	N...	
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports ..	CHAILLEY-BERT (P.)	
Biologie Médicale	VERNE (J.)	
Cancérologie médicale et sociale	N...	
Carcinologie	OBERLING (C.)	
Chimie médicale.....	JAYLE (M.F.)	
Cliniques Chirurgicales	{ Hôtel Dieu	BROCQ (P.)
	{ Broussais	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	{ Salpêtrière	N...
	{ Cochin.....	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE d'AUBIGNE (R.)	
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)	
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)	
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)	
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)	
Clinique de puériculture	LELONG (M.)	
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)	
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)	
Cliniques des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)	
Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)	
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Cliniques Médicales	{ Hôtel Dieu	N...
	{ Bichat	N...
	{ Cochin	MOREAU (R.)
	{ Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique ...	JUSTIN-BESANCON (L.)	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)	
Cliniques Obstétricales	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	{ Baudelocque	N...
	{ Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)	
Clinique Oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires ..	RICHTET (C.)	
Clinique Psychiatrique infantile	HEUYER	

Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (P.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique Thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	PEY (B.)
Embryologie	GIRAUD (A.)
Génétique médicale	LALY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail.....	DESCILLE (E.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLARD (H.)
Pathologie chirurgicale	KENECAUX (C.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.P.)
(chaire à titre personnel)	
Pathologie Médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MAITE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) ...	DOGNON (A.)
Physiologie.....	BIHET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESCREZ (H.)
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie.....	DELMAS (A.), pr.s.ch., DEBEYRE (J.)
	OLIVIER (), N...
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARD (Melle P.) pr.s.ch.,
	BUSSER (F.), GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.), N...
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr.s. ch., N..., N...
Biologie médicale	POURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	BULLIARD (H.) pr.s.ch. N..., N...
Hydrologie	N...,
Hygiène	BOYER (J.), pr.s.ch.
	DEPARIS (M), pr.s.ch.
Maladie infectieuses	N...
Médecine légale et du Travail	DEROBERT (L.), pr.s.ch. , GAULTIER (M.)
	HADENGUE (A.), N...
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	N...
Obstétrique	GRASSET (J.), LEPAGE (F.), MERCIER (R.),
	MORIN (P.), RAVINA (J.), N..., N...
Ophthalmologie	DESVIGNES (P.), N...
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.), MADURO (R.)
Parasitologie	CHABAUD (A.), N...

Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.), BAUFANN (J.), COSSET (J.), LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.), OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.), VERNE (J.M.), N...., N...., N...., N...., N...., N...., N....
Pathologie expérimentale	N...., N....
Pathologie médicale	BERNARD (J.), BOUDIN (G.), CASTAIGNE (P.) CONTE (M.), DOPART (A.), LABOTTE (M.), LAROCHÉ (Cl.), MILLIEZ (P.), PEQUIGNOT (H.), PERRAULT (H.), RAMBERT (P.), THIEFFRY (ST) TURIAF (J.), N...., N...., N...., N...., N...., N...., N....
Pédiatrie	JOSEPH (R.), N...., N....
Pharmacologie	CHEYROL (J.), pr.s. ch. LEVY (Mlle J), pr. s.ch. BARGETON (D.), pr.s.ch. PARROT (J.), pr.s.ch. DEJOURS (P.) DJOURNO (A.), pr.S.ch. GOUGEROT (L.)
Physique Médicale	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	N....
Psychiatrie	N....
Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N....
Stomatologie	CHAPUT (Tme A.), CERNEA (P.)
Thérapeutique	N....
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.), HUGUIER (J.), LEGER (L.), PADOVANI (P.p, PATEL (J.), ROUX (N.); KUDLER (J.C.), SICARD (A.)
Clinique médicale	BROUET (G.), N...., DECOURT (J.) DREYFUS (Gilbert), FAUVERT (R.), HAGUENAU (M.) pr.s.ch., HAMBURGER (J.), KOURILSKY (R.), MARCHAL (G.), SOULIE (E.)
Clinique Obstétricale	ESCALE (G.), FAYER (H.), VARANGOT (J.)
Clinique Ophtalmologique.....	OFFRET (G.), RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté.....	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	(Mlles DUHAITRE (P.), LAURENT H. LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 dec. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents

A ma famille

A Monsieur le Professeur FASQUELLE
Professeur de Bactériologie à la
Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse

En témoignage de notre profonde
reconnaissance.

A mes Maîtres

de la Faculté
des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur Jean Chatellier

Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre
Stomatologiste des Hôpitaux
Directeur de l'Institut Eastman
Professeur Honoraire de la Faculté
de Beyrouth

Qui nous a inspiré cette thèse et
a su guider nos pas dans son
élaboration en nous accueillant
généreusement à l'Institut Eastman.

A Monsieur le Docteur Henri Gastinel

Attaché à la consultation de Pédiatrie
à l'Institut Eastman

Qu'il daigne trouver ici le témoignage
de notre gratitude pour les conseils
qu'il nous a prodigués.

I N T R O D U C T I O N

Nous allons exposer les résultats des travaux que nous avons entrepris sous la direction du Docteur Jean CHATELLIER , Stomatologiste des Hôpitaux , Directeur de l'Institut d'Hygiène Dentaire et de Stomatologie G. EASTMAN et avec l'aide précieuse du Docteur H. GASTINEL, chargé de la consultation de Pédiatrie à ce même institut.

Dans une première partie, nous allons rappeler la classification des gingivo-stomatites d'un point de vue étiologique. Nous n'aborderons pas ici le problème des gingivo-stomatites symptômes d'une maladie ou d'une intoxication, car notre travail portera essentiellement sur un type de gingivo-stomatite particulier observé à l'Institut Eastman, généralement chez des enfants subissant ou devant subir un traitement orthodontique.

Dans une seconde partie, nous ferons une revue rapide des divers traitements classiques en exposant la remarquable action de l'hydrocortisone sur les processus inflammatoires.

Ensuite, nous essaierons de concevoir une explication physiologique de l'action de l'hydrocortisone dans les gingivites, action complétée par l'utilisation de Novarsenobenzol et d'antibiotiques du type chloramphénicol.

En conclusion, nous présenterons quelques observations puisées dans les dossiers de l'Institut Eastman, et qui mettent en évidence l'efficacité de ce traitement.

LES GINGIVO-STOMATITES

Il nous paraît nécessaire avant d'aborder ce sujet de donner une définition. Il en existe de nombreuses et nous trouvons dans le "Précis de Stomatologie" du professeur Dechaume la suivante :
 " Ce sont des lésions inflammatoires souvent infectieuses, provoquées par des germes banaux, aigües ou chroniques, qui sont tantôt primitives, tantôt secondaires à une infection de voisinage, ou générale, à une intoxication endogène ou exogène.

Sous le vocable gingivo-stomatite, on classe cette pathologie du milieu buccal qui ne se manifeste parfois qu'aux seules gencives, mais les gingivites paraissent pour certains ne réaliser qu'un cas particulier des gingivo-stomatites, pour d'autres en sont indissociables, tant la notion de milieu buccal leur paraît homogène, les gingivites ne pouvant exister sans qu'il y ait gingivo-stomatites, donc il faut prendre très largement le sens du terme gingivo-stomatite.

Rappel clinique :

Les gingivo-stomatites s'observent sous la forme d'affections plus ou moins aiguës.

Dans la forme aiguë:

Le sujet présente des douleurs plus ou moins spontanées et accrues par le contact des aliments, par la phonation, s'accompagnant de dysphagie, de fétidité de l'haleine avec salivation abondante, inappétence.

Les signes généraux sont habituellement asthénie, amaigrissement même, dans les formes graves.

On peut rencontrer des signes objectifs variables selon les sujets, parfois simple rougeur diffuse des gencives, de la langue, des muqueuses, avec adénite possible.

Dans la forme subaiguë, qui nous interesse très spécialement ici, la maladie revêt l'allure de gingivite hypertrophique avec les languettes interdentaires très volumineuses, la muqueuse gingivale est hypertrophiée, pâle, saignant facilement au simple contact.

Anatomo-physiologie du milieu buccal.

Analysons brièvement la structure du milieu buccal.

Nous y trouvons : 1 une muqueuse
2 un appareil lymphoïde
3 la salive
4 une flore microbienne
variée

La muqueuse buccale comprend un épithélium pavimenteux stratifié, en relation avec de nombreuses cellules du système réticulo-endothélial, du réseau de Borrel Masson, du derme.

Le derme et l'hypoderme, riches en éléments lymphoïdes (l'abondance de lymphes interstitielle y est remarquable et d'après Policard c'est là que se déroule une partie des actes essentiels du métabolisme.)

La stabilisation physico-chimique de ce milieu est contrôlée par la fonction colloïdopexique et phagocytaire du système réticulo-endothélial (Beltrami), ainsi s'explique que toutes les maladies des organes hématopoïétiques ou de la nutrition (foie) qui agissent sur le système réticulo-endothélial, s'accompagnent de répercussion sur la muqueuse buccale. Un important appareil lymphoïde disséminé dans la muqueuse en fait une zone réactionnelle importante et constitue une véritable amygdale buccale : c'est l'anneau lymphoïde de Waldeyer.

La salive parotidienne, sous-maxillaire, sublinguale et provenant de nombreuses petites glandes disséminées possède des propriétés physico-chimiques déterminées qui assurent la fonction normale du milieu buccal et contribue à son équilibre; certaines intoxications y font apparaître des produits toxiques qui perturbent ce milieu.

La flore microbienne mérite de retenir plus longuement notre attention.

Il existe un polymicrobisme buccal, abondant et inoffensif, lorsque le milieu buccal possède son équilibre biologique, lui-même sous la dépendance de l'équilibre général.

Une modification de ce dernier, et rapidement la flore inoffensive devient virulente.

La structure même du milieu buccal favorise ce poly-

microbisme et Jules Ferrier a pu dire :

" Sans les multiples petits laboratoires dentaires, interdentaires, pas de culture, partant pas de virulence, pas de symbiose fuso-spirillaire, en un mot pas de stomatite septique."

Cette flore comprend habituellement des staphylocoques, des streptocoques, des anaérobies, des éléments mycelliens. René Vincent après hémoculture gingivale a pu isoler en culture pure un enterocoque au cours de gingivo-stomatites paraissant liées à un disfonctionnement intestinal et cet auteur a évoqué un " cycle entero-gingival."

De même, l'abondance des associations fuso-spirochétiennes lors des gingivo-stomatites a fait faire des rapprochements entre les gingivo-stomatites et les angines de Vincent, certains ne voyant même aucune différence entre ces deux manifestations pathologiques.

Après ces diverses considérations, il nous sera facile de classer brièvement par étiologie les gingivo-stomatites.

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

Nous allons d'abord rappeler brièvement les principales étiologies des gingivo-stomatites.

Les causes générales :

- les infections
- les intoxications : par produits métaboliques (sucre, urée)
par produits acciden-
tels (plomb)
par produits médica-
menteux (antisyphilitiques, dihydant, barbi-
turiques, phenol-sulfone-phtaleine, anti-
biotiques)
- les troubles digestifs
- les hémopathies.

Les causes locales :

- le tartre
- les caries
- les infections apicales (granulome, kyste)
- les troubles de l'articulé dentaire
- les germes dentaires
- les allergies à certains produits (colo-
rants de prothèse, dentifrices)

Notre modeste travail, nous le rappelons, porte spécialement sur les gingivites d'allure hypertrophique comme nous avons pu en observer à l'Institut dentaire et stomatologique Eastman.

Après l'étude des nombreux dossiers relatifs à cette affection, on peut constater qu'il s'agit dans l'ensemble, ainsi que l'a fait remarquer le Docteur Jean Châtellier, d'enfants à l'âge pré-pubertaire, garçons et filles, qui présentent une gingivite hypertrophique découverte soit par le service d'orthodontie du Docteur Michel Chateau et dans ce dernier cas, il s'agit d'une gingivite qui empêche

l'installation du traitement orthodontique, ou bien d'une gingivite apparue au cours de ce même traitement et nécessitant son interruption.

Le Docteur Jean Chatellier Directeur de l'Institut Eastman et le Docteur Henri Gastinel attaché à la consultation de pédiatrie de ce même institut, ont fait rechercher des anomalies possibles de la numération formule sanguine, de la calcémie, du taux des gamma globulines, sans résultats, excepté la constatation d'une inconstante mais assez fréquente augmentation de la leucocytose et aussi l'existence fréquente d'une flore buccale particulièrement riche en associations fuso-spirochéticiennes. Parfois même, certaines lames évoquaient les lames de prélèvement buccal d'angine de Vincent. Il semble bien que la notion d'âge prépubertaire soit importante et il est intéressant de remarquer que cette période de la vie s'accompagne d'importants bouleversements lymphoïdes et comme on sait que le milieu buccal est très riche en éléments lymphoïdes on ne peut sous-estimer l'importance du facteur âge prépubertaire.

CONSIDERATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Une étude anatomo-pathologique a été entreprise et il en résulte que selon le moment dans la maladie où la biopsie a été faite, on peut se trouver devant une inflammation assez banale de la muqueuse, cas des gingivites étudiées à leur début, ou bien au contraire devant une tumeur inflammatoire constituée, organisée, irréversible, tout au moins pour plusieurs années, si l'on fait le prélèvement à un stade de la maladie déjà ancienne.

Donnons pour exemple cette biopsie examinée par le Docteur Christol sur le jeune C... de V..., le 1er/5/54, et qui montre deux faits principaux :

- 1) une hyperplasie considérable au moins en un endroit de l'épithélium Malpighien, l'épaississement des corps muqueux de Malpighi réalise un véritable papillome.
- 2) une inflammation interstitielle subaiguë du chorion qui, suivant les points, est fibreux ou mucoïde. Cette inflammation est faite de petits lymphocytes. On y trouve aussi d'assez rares polynucléaires neutrophiles. Aucune cellule anormale.

Conclusion :

- Hyperplasie papillomateuse de l'épithélium.
- Infiltration inflammatoire subaiguë du chorion en majorité lymphocytaire.
- Aucun signe de dégénérescence néoplasique.

Cette structure de tumeur inflammatoire déjà organisée va expliquer la difficulté du traitement et l'échec au moins partiel des traitements classiques.

AGENTS CLASSIQUES DE TRAITEMENT

Localement contre l'infection et la douleur :

- les antiseptiques oxydants
- les antiseptiques alcalins
- les colorants
- les antiseptiques caustiques
- les antiseptiques mouillants
- le Novarsenobenzol spécialement actif contre les associations fusos-spirillaires.
- les antibiotiques

Le traitement général fait appel aux vaccins, aux sulfamides, mais surtout aux antibiotiques avec l'aide d'une vitaminothérapie intensive B et C. Notons l'action particulièrement favorable des sulfones iodés, et l'action du Dihydan à doses homéopathiques dont l'étude a été entreprise et mérite d'être poursuivie.

Mais il faut attacher une grande importance au traitement étiologique, en particulier au traitement des causes locales; c'est ainsi que l'on s'attachera au détartrage, au traitement des caries, à la régularisation de l'articulé dentaire : à ce propos notons que c'est assez souvent l'installation du traitement visant à régulariser l'articulé dentaire qui crée la gingivite.

Les traitements classiques anciens ou modernes restaient trop souvent inefficaces et il fallait chercher autre chose : c'est alors que l'hydrocortisone est venue démontrer son efficacité.

UTILISATION DE L'HYDROCORTISONE

Parmi les hormones stéroïdes identifiées dans le cortex surrenal, la Cortisone ou composé E de Kendall d'abord, puis l'Hydrocortisone ou composé F de Kendall montrèrent des propriétés anti-inflammatoires et anti-allergiques accentuées.

Cette dernière, dès 1952, semblait bien être la principale sécrétion glucocorticoïde de la glande surrenale, mais son obtention difficile, avant que sa synthèse pratique fut mise au point, a freiné son étude.

Actuellement, il est admis que le composé F est l'hormone naturelle du cortex et possède à un degré plus élevé des propriétés hormonales plus complètes que la Cortisone.

Les effets physiologiques de l'Hydrocortisone sont variés; nous ne nous étendrons pas sur les effets métaboliques, hématologiques, sur l'action sur le tube digestif, mais nous parlerons un peu de l'action sur les organes lymphoïdes, sur les glandes endocrines et surtout, nous essaierons d'exposer son action sur les processus inflammatoires et sur l'utilisation qui en est faite dans les traitements des gingivites hypertrophiques.

Action sur les organes lymphoïdes.

L'administration répétée du composé F, par son action catabolique sur les protéines du système lymphoïde, peut aboutir à une baisse du taux des anticorps lorsque ceux-ci sont augmentés sous l'effet d'un processus inflammatoire ou infectieux.

Action sur les glandes endocrines.

L'hydrocortisone diminue la sécrétion de l'adrénocorticotrophine hypophysaire d'où inhibition de la fonction corticosurrenale.

Cette action s'exercera favorablement en freinant la réaction de l'organisme en réponse à un stress et l'on voit peut-être une possibilité de faire rentrer les gingivo-stomatites dans le cadre des maladies de l'adaptation de Selye, sans perdre de vue que l'étude du phénomène de Reilly qui donne une place très importante aux systèmes sympathique et para-sympathique ne doit pas être négligée .

Action sur les processus inflammatoires.

Les gluco-corticoïdes bloquent les réactions inflammatoires d'origine exogène ou endogène qu'elles soient de nature hormonale, toxique ou infectieuse. Pendant la phase d'organisation, on note sous l'influence de cette hormone, qu'elle soit administrée in situ ou par voie générale les modifications structurales suivantes :

- réduction de l'exosérose ou extravasation du plasma par diminution de la perméabilité capillaire
- inhibition et modification de l'aspect des fibroblastes dont les figures de mitose sont très rares.
- forte entrave à la formation de fibres collagènes, conséquence vraisemblable de l'inhibition globale de l'activité fibroblasto-génétique.

APPLICATION

Au Congrès de Stomatologie de 1955 à Paris, les Docteurs Chatellier, Gastinel, Chateau... faisaient état des excellents résultats obtenus à l'Institut Eastman, dans ces cas de gingivites hypertrophiques, qui jusqu' avant étaient rebelles le plus souvent et nécessitaient des interruptions dans les traitements orthodontiques, ou bien empêchaient de les commencer.

Après de méthodiques essais le traitement fut ainsi codifié:

massages gingivaux et palatins biquotidiens avec une pommade titrant 2,5 % d'hydrocortisone.

Application de cette même pommade sur les parties de la prothèse orthodontique en regard de la muqueuse atteinte.

Injection, si le mal est très ancien ou rebelle, dans les languettes interdentaires d'une solution d'hydrocortisone et de chloramphénicol. Une spécialité allie ces deux produits.

Le chloramphénicol ou la terramycine seront souvent employés associés au traitement à l'hydrocortisone.

Le Novarsenobenzol sera souvent utilisé en badigeonnages et massages des muqueuses buccales. Il est très actif contre les associations fuso-spirillaires.

A l'étranger, des travaux parallèles aboutissaient aux mêmes conclusions.

C'est ainsi que :

- Ballestero dans la " Prensa medica Argentina " en 1952,

- Streen dans le " Dental Digest " de Janvier 1953,

- Bertram Wolfsohn dans " Oral Surgery " de Mars 1954,

citent des utilisations avec succès de l'hydrocortisone dans cette partie de la pathologie buccale.

Herchfus dans le " Journal of Oral Surgery " d'Août 1955 relate qu'il a obtenu une amélioration très importante en quelques jours sur 26 malades atteints de gingivites aiguës, subaiguës ou chroniques en associant l'hydrocortisone et la terramycine.

Il attribue une part importante de ces améliorations à l'hydrocortisone qui réduit le processus inflammatoire, restaure le tonus gingival et limite la prolifération fibroblastique.

Bertolini dans la revue italienne de Stomatologie de Mars 1955, Zerosis et Baratieri publient des succès du même ordre.

Nous apportons quelques observations issues de l'Institut dentaire et stomatologique Eastman. Ces observations portent sur des enfants des deux sexes de 10 à 14 ans environ.

Première observation

Il s'agit du jeune C... de V..., né en Juillet 1937. En novembre 1949 on commence un traitement orthodontique. En juillet 1950 apparaît une gingivite très importante. Divers essais : changement de substance de la prothèse, vitaminothérapie diverse (B 12, C, intra-veineuse) restèrent sans succès, ainsi que suppression de l'appareil. En mars 1954 un traitement au Novarsenobenzol et au bleu de méthylène fut un échec encore. En février 1955 Madame Chaput réalise un détartrage qui est suivi d'une légère amélioration. Puis une infiltration à l'hydrocortisone de 3 languettes interdentaires, 1 centrale 2 latérales, au maxillaire supérieur apporte une nette amélioration dans les territoires infiltrés. Malheureusement, il n'a pas été possible de suivre plus longtemps ce malade.

Deuxième observation

Il s'agit d'une fille, M..G..., née en mars 1945. En 1954 on découvre une gingivite avant un traitement orthodontique. Divers examens pratiqués sont négatifs. En décembre 1954 un traitement associant l'hydrocortisone en friction, la vitamine C et le Novarsenobenzol est fait. En janvier 1955 l'amélioration est telle qu'on peut l'appareiller. En juin 1956 à la suite d'une hémorragie ror' se de la gingivite, le traitement est alors repris avec succès.

Troisième observation

Il s'agit d'un garçon, C..W..., né en août 1944. En novembre 1953 il commence un traitement orthodontique. En novembre 1954 il présente une gingivite. Les divers examens sont négatifs. La vitamine C à hautes doses n'apporte aucune amélioration.

En décembre 1954 début des frictions à l'hydrocortisone; 15 jours plus tard, légère amélioration.
 En mars 1955 on pratique une infiltration d'hydrocortisone dans des gencives et la guérison survient.
 En février 1956, nouvelle poussée guérie par la reprise de l'hydrocortisone.

Quatrième observation

Il s'agit du jeune B..Serge, né en mars 1944.
 En mai 1956 le service des soins dépiste une gingivite hémorragique.
 Une légère amélioration est obtenue par l'acide trichloracétique.
 En Juin 1956 on fait un traitement associant Hydrocortisone et Novarsenobenzol en frictions.
 A la fin de ce même mois une très nette et importante amélioration est déjà constatée.

Cinquième observation.

Il s'agit du jeune J.P. C...,né en novembre 1945
 En novembre 1954, on constate une gingivite persistant depuis quatre ans, donc déjà très ancienne, et qui jusque là a empêché de commencer un traitement orthodontique.
 En décembre 1954 on commence un traitement à l'hydrocortisone.
 En janvier 1955 légère amélioration puis très nette amélioration, telle que le traitement orthodontique est entrepris.
 En avril 1955 reprise de la gingivite; on reprend alors le traitement à l'hydrocortisone associé au Novarsenobenzol pendant quatre jours.
 En mai 1955 guérison, puis on constate une irritation palatine que l'on guérit par application de pommade à l'hydrocortisone sur la plaque palatine de l'appareil orthodontique.
 En janvier 1956 réapparition de la gingivite ; le traitement est repris avec succès, le traitement orthodontique est continué.
 En juillet 1956, maintien de la guérison.

Sixième observation

Il s'agit d'un garçon, J.B. C..., né en mars 1946.

En juin 1955 on commence un traitement orthodontique.
En décembre 1955, apparition d'une gingivite.
Le traitement hydrocortisone et novarsenobenzol en frictions est entrepris alors.
En janvier 56 on note une amélioration sérieuse.
En avril et en juillet 56 on constate la persistance de la guérison.

Nous disposons d'observations analogues pour lesquelles l'évolution est semblable.

REFLEXIONS SUR CE TRAVAIL

Nous avons déjà fait remarquer que ces malades se trouvaient à la période prépubertaire. Or à cette période, d'importants remaniements lymphoïdes se produisent en même temps que de profondes transformations endocriniennes.

Le milieu buccal dont nous avons noté la grande richesse en éléments lymphoïdes va donc être une zone intéressée par les modifications lymphoïdes de cet âge, d'un point de vue local et d'un point de vue général va se ressentir de l'évolution endocrinienne prépubertaire.

En outre, l'apparence de ces jeunes malades n'est pas excellente; on relève facilement chez eux des signes d'adénoïdisme, une mauvaise respiration, une béance respiratoire, une cage thoracique un peu étroite.

Le Docteur Jean-Jacques Foussadier dans sa thèse de 1953 " Considérations étiologiques sur la Pyorrhée et le traitement par la thérapeutique tissulaire " fait rentrer la Pyorrhée dans le cadre des maladies dites d'adaptation, de Selye. Il le fait avec réserves, laissant une grande part aux phénomènes de Reilly qui donnent une place très importante aux systèmes sympathique et parasympathique. Mais sans nous étendre sur l'étude des maladies de l'adaptation, il est à remarquer que l'étude anatomopathologique des gingivites révèle : une hypertrophie granulomateuse et une hyalinisation du tissu conjonctif, structure caractéristique des maladies de l'adaptation.

Dans cette orientation des idées, le traitement par l'hydrocortisone apporte une solution logique et efficace. En effet à la base de ces gingivites, on peut retenir :

le rôle des microtraumatismes, tels ceux résultants d'un trouble de l'articulé dentaire ou paradoxalement des moyens employés pour y remédier (appareil orthodontique) .

Ces microtraumatismes entraînent une dépolymérisation de la substance fondamentale et modifient la perméabilité des vaisseaux.

Il est à remarquer que le Docteur Jean-Jacques Foussadier utilise très heureusement la thérapeutique tissulaire à base de placenta. Or, le placenta a un effet

" A.C.T.H. like ", et cette conception du traitement est voisine de la nôtre. Le Docteur Jean Chatellier a du reste pensé que dans cette pathologie, :
méthode tissulaire et méthode hormonale pourraient être synergiques.

Parmi les résultats des divers examens entrepris, le résultat de l'examen bactériologique est très intéressant. Il montre une flore abondante avec association fuso-spirochéliennes fréquentes, anaérobies, et d'abondants éléments mycelliens. La formule sanguine accuse une légère hyperleucocytose. La biopsie vérifie bien qu'il s'agit d'une tumeur inflammatoire.
Le traitement est difficile surtout lorsque le mal est ancien, car il s'agit alors d'une tumeur inflammatoire constituée et les traitements classiques restaient bien peu efficaces.

La fréquence des récidives mérite d'être soulignée. Elle s'explique, par le fait que la maladie résulte d'un ensemble de facteurs généraux et locaux sur lesquels on ne peut agir qu'avec lenteur, et que paradoxalement ce sont les tentatives de traitement qui occasionnent dans certains cas la maladie (exemple de la gingivite apparaissant au cours d'un traitement orthodontique).

Il s'avérerait donc nécessaire de rechercher un traitement nouveau qui agisse plus rationnellement et d'une manière moins symptomatique que les traitements classiques.

L'hydrocortisone agit même dans les formes déjà anciennes de la maladie et ce double aspect de cette hormone apporte une solution élégante au problème thérapeutique posé par les gingivites.

C O N C L U S I O N S

Dans ce travail nous avons étudié l'action de l'hydrocortisone " in loco dolenti " dans les gingivites hypertrophiques, telles celles qui, apparaissant à l'âge prépubertaire, se trouvent empêcher, contrarier un traitement orthodontique.

Les dossiers de l'Institut d'hygiène dentaire et stomatologique Eastman nous ont fourni le matériel d'observation, ce qui nous a permis de préciser plusieurs points.

Premièrement : existence fréquente de telles gingivites, les unes avant traitement, les autres au cours du traitement.

Deuxièmement : difficulté du traitement surtout si la maladie est déjà ancienne (nous nous trouvons en présence d'une tumeur inflammatoire constituée irréversible en l'absence du traitement hormonal qu'on moins pour quelques années)

Troisièmement : l'action efficace de l'hydrocortisone peut s'expliquer logiquement par ses propriétés anti-inflammatoires en général et pourrait être rapproché de celle connue dans les maladies d'adaptation.

Enfin l'excellence des résultats obtenus revêt une importance particulière car avec cette thérapeutique nouvelle l'orthodontie est possible et est plus efficace pour un plus grand nombre d'enfants.

Vu, Le Président de Thèse :
Professeur FASQUELLE

Vu, le Doyen de la Faculté :
Léon BINET

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de PARIS :
J. SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- Ballosterro (Prensa Medica Argentina 1952) :
Pyorrhée alveodentaire.
- Baratieri et Zerosis, Revue italienne de Stomatologie,
mars 1955
- Bertolini, Prensa Medica Argentina, octobre 1952,
mars 1955
- Bertram Wolfsöhn, Oral surgery, mars 1954.
- Cerma P et coll. : la cortisone et la métacortandraci-
ne en odonto-stomatologie, Actualités odontostomatolo-
giques 33:101. Mars 1956.
- Chatellier Jean : Considérations sur la vie et la mort
des fondations ligamento-alveolaires. Etude panorami-
que en trois époques.
- Chatellier Jean : Complications des troubles de l'
articulé. Rapport VIIIème Congrès Stomato 1934
- Chatellier Jean et Foussadier : Considérations sur la
thérapeutique tissulaire dans le traitement de la
pyorrhée.
- Chatellier et Foussadier : Essais de thérapeutique
dans la pyorrhée. Société de Stomatologie 1951.
- Chatellier et Friez: les complications locales régiona-
les et générales des troubles de l'articulé, VIIIème
Congrès français de Stomatologie. Paris 1934.
- Chatelleir Jean, Chateau Michel, Gastinel henry, dans
Congrès de Stomato, Octobre 1955; action de l'hydro-
cortisone dans les gingivites.
- Dechaume : Précis de Stomatologie, Masson 1944.
- Cernca.P, Deserozailles Ch., Laufer J., : traitement
des Stomatites, dans Revue du Praticien.
- Foussadier Jean-Jacques : considérations étiologiques
sur la pyorrhée et le traitement par la thérapeutique
tissulaire. Thèse 1953.
- Held : quelques aspects actuels du problème des para-
dentoses, dans Revue de stomatologie, 1937.
- Hubin : La paradentose pyorrhéique, dans Paradontolo-
gie, 1947, n° 2.
- Jayle M.F. et Badin J. : Signification chimique de la
formule protoique du plasma sanguin, dans Presse Médi-
cale, 11 mars 1953.
- Lebourg, Henault, Lambert, Ceruca, Mme Chaput, Friez,
Hennion, Vraise : Les stomatites. Masson, 1946.
- Reilly, Rivalier et Colles : Le rôle du système ner-
veux végétatif dans les réactions d'hypersensibilité,
dans Annales de Médecine, février 1936, n° 2

- Rivoire R. : Les maladies de l'adaptation dans Presse Médicale, 13 Novembre 1950. 1272.
 - Selye : Stress, 1951.
 - Selye : The general adaptation syndrom and the diseases of adaptation.
 - Vincent René : La pyorrhée dans le cadre de la médecine générale. Masson édit. 1946.
 - Villenski et coll. : Aphtose buccale et hydrocortisone locale. Revue de Stomato. avril-mai 1956
-

